

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Santana Serra
Nº da Carteira: 4.36.2686
Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F



Data de Nascimento: 26/01/2011 Nº da Guia: 21136

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/09/2024	09:00:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Braço Esquerdo

Descrição
Esta na aula de educação física, quando se desequilibrou e caiu sobre o braço esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Albertino dos Santos Ribeiro Guimarães	(44) 3112-3637

Quem prestou primeiros socorros	Data
Albertino dos Santos Ribeiro Guimarães	19/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Observações

Ass.:


Sérgio Miranue
Administrador Financeiro

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

19/09/2024 08:28





GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 21136

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Setor

7 - Número da Guia Atendido pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

SAMUEL SANTANA SERRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a BN
N

13 - Código da Operação

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

JOYCE APARECIDA FERREIRA DE MELLO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

39294

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

19/09/2024

23 - Indicação Clínica

2

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

1 22

ou Item Assistencial
10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic. 28 - Qx Atend.
1 0

29 - Código na Operação

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação da Assistência (acidente ou doença
relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hs Inicial

38 - Hs Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlha. 43 - Via

44 - Tbc.

45 - % Rod / Anest. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Sig. Rat.

49 - Gr. Pat.

50 - Código na operação/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Setor

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Data de Realização do Procedimento em Setor

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Total de Taxas e Aluguel (R\$)

62 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

63 - Total de OPUe (R\$)

64 - Total de Medicamentos (R\$)

65 - Total de Exames Laboratoriais (R\$)

66 - Total Geral (R\$)

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Assinatura do Contratado

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Assinatura do Contratado

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Assinatura do Contratado

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Assinatura do Contratado

216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Assinatura do Contratado

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Assinatura do Contratado

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Assinatura do Contratado

222 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Assinatura do Contratado

224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Assinatura do Contratado

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Assinatura do Contratado

228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Assinatura do Contratado

230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Assinatura do Contratado

232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Assinatura do Contratado

234 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Assinatura do Contratado

236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Assinatura do Contratado

238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Assinatura do Contratado

240 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

241 - Assinatura do Contratado

242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Assinatura do Contratado

244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Assinatura do Contratado

246 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

247 - Assinatura do Contratado

248 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

249 - Assinatura do Contratado

250 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

251 - Assinatura do Contratado

252 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

253 - Assinatura do Contratado

254 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

255 - Assinatura do Contratado

256 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

257 - Assinatura do Contratado

258 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

25

1 - Registro AMS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Sanita		7 - Numero da Guia Autorizado para Operador	
4 - Data de Autorizacao		5 - Sanita		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
8 - Numero da Carteira 4362686		10 - Nome SAMUEL SANTANA SERRA		11 - Numero do Cartão Nacional da Saúde		12 - Assinatura a IN	
Dados do Beneficiário				13 - Nome do Contratado			
13 - Código da Operadora 23876304000112				14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
15 - Nome do Profissional Beneficiário DANIELLE HORING GRUBERT				16 - Conselho Profissional 06			
17 - Numero no Conselho 45480				18 - UF 41			
19 - Código CBO 225270				20 - Assinatura do Profissional Beneficiário			
21 - Causa do Aumento 2				22 - Data da Benefício 19/09/2024			
23 - Indicação Clínica				24 - Tipo de Procedimento ou Item Anestésico 22 40803090			
25 - Descrição RX - Cotonete				26 - Código do Procedimento ou Item Anestésico 22 40803090			
27 - Ql. Saúde 1				28 - Ql. Anestez 0			
29 - Código na Operadora 23876304000112				30 - Nome do Contrato HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
31 - Código CBO 9365230				32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença neurológica)			
34 - Tipo de Consulta				35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final				39 - Tabeta 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição			
42 - Ql. Saúde 43 - Via 44 - Tbc 45 - N.º de Atividade 46 - N.º de Unidade (RS)				47 - Valor Total (RS)			
48 - Sig. Ref.				49 - Gr. Part.			
50 - Código na operação CBO				51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Profissional				53 - Numero no Conselho			
54 - UF				55 - Código CBO			
56 - Data de Realização do Procedimento em Série				57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observações / Assinaturas				59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)				61 - Total de Taxas de Materiais (RS)			
62 - Total de Ql. Saúde (RS)				63 - Total de Medicamentos (RS)			
64 - Total Gases Medicamentos (RS)				65 - Total Geral (RS)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado				69 - Assinatura do Contratado			



Atendimento:	8629217	Pedido:	3055843	Ac. Number:	3827803
Registro / Nome:	SAMUEL SANTANA SERRA				
Data de Nascimento:	26/01/2011	Idade:	13 anos, 7 meses e 22 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	19/09/2024 09:55:00			Laudado:	19/09/2024 15:53:08
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DANIELLE HORING GRUBERT				

RX - COTOVELO ESQUERDO (AP/PERFIL).

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais para a idade.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

CAIO HENRIQUE HASHIMOTO PUGLIESI

CRM- PR: 51237

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 8717917 DATA: 19/09/2024 09:54
USUÁRIO.....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8629217 DT NASC: 26/01/2011 (13A 7M 24D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 643551 - SAMUEL SANTANA SERRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/09/2024 09:12 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: DANIELLE HORING GRUBERT SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

QUEDA DE PRÓPRIA ALTURA HÁ 2 DIAS, DOR EM COTOVELO ESQ

EF: PELE INTEGRAL, SEM EDEMA OU EQUIMOSE, ADM COMPLETA, SEM DOR A PALPAÇÃO DE CABEÇA DE RADIO, NEUROVASCULAR OK

CD: RX

8629217

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

1 RX MEM SUP COTOVELO

Qtd Unidade

1

SN Apl Frequência Data Horários

Justificativa.: esq - AP + P GRESPAN

VISITA HOSPITALAR

2 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qtd Unidade

1

SN Apl Frequência Data Horários

EXAME REALIZADO
DATA: _____
HORÁRIO: _____
TÉCNICO: _____

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

PRESCRIÇÃO.: 8718007 DATA: 19/09/2024 10:16
USUÁRIO.....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8629217 DT NASC: 26/01/2011 (13A 7M 24D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 643551 - SAMUEL SANTANA SERRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/09/2024 09:12 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: DANIELLE HORING GRUBERT SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
GELO NO LOCAL
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480